

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УСКОРЕННОЙ ПРЕАБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ (FAST TRACK) ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

Глинник А.А., Стебунов С.С., Германович В.И., Дзядзько А.М., Сезина Е.И.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии, г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В настоящее время одной из самых развивающихся отраслей современной хирургии является оперативное лечение морбидного ожирения. При этом пациенты, страдающие от лишнего веса зачастую имеют выраженную сопутствующую патологию, делающую оперативное вмешательство крайне опасным.

Одним из вариантов, делающих оперативное вмешательство более безопасным является применение принципов ускоренной преабилитации и реабилитации пациентов с морбидным ожирением. Использование данных методов позволяет значительно снизить частоту нежелательных последствий после оперативного вмешательства.

Цель работы – показать положительное влияние методов преабилитации и ускоренной реабилитации пациентов, перенесших бариатрические операции.

Материалы и методы. В исследование включены 426 пациентов перенесших операцию по поводу ожирения 2-3 степени (ИМТ $45,4 \pm 8,3$ кг/м²). Мужчин было 144, женщин – 282. Средний возраст пациентов составлял 44,5 года (от 21 до 58 лет). Всем пациентам была выполнена операция минигастрошунтирование. При этом длина оставшегося желудка составляла 18-20 см (объем не более 100 мл), а длина отключенной из пищеварения кишечной петли - 200 см. Все пациенты на догоспитальном этапе осматривались совместно хирургом и анестезиологом с целью определения необходимости дополнительного обследования. Целевыми точками осмотра являлись: грубая патология со стороны сердечно-сосудистой системы, синдром ночного апноэ, декомпенсация сахарного диабета. Также важным маркером успешного оперативного вмешательства является нормальный уровень белка гемоглобина. Даже небольшое снижение этих показателей у пациентов с морбидным ожирением может явиться фактором дестабилизации послеоперационного периода. Особое внимание было уделено наличию у пациентов синдрома ночного апноэ. Пациентам, которые отмечали у себя ночной храп, наличие периодического засыпания днем, выполнялась полисомнография. При выявлении синдрома ночного апноэ средней либо тяжелой степени назначалась СИПАП терапия в течение 1-2 месяцев. После операции пациенты первые сутки находились в отделении реанимации, где также проводилась СИПАП терапия. Интраоперационно пациентам выполнялся ТАП-блок прямых мышц живота. Дренирование брюшной

полости проводилось с целью контроля гемостаза, дренажи удалялись в первые сутки после операции.

В предоперационном периоде (за 2 часа до операции) и после вмешательства пациентам назначались низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе. Отметим, что доза препаратов была не стандартизирована, а подбиралась индивидуально с учетом массы пациента. Пациенты, согласно нашим рекомендациям, должны были подняться спустя 6 часов после проведенного оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. Применение описанного алгоритма предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с морбидным ожирением и метаболическим синдромом в нашем Центре проводится с 2017 года. Предоперационная подготовка пациентов занимает от 3 недель до 6,5 месяцев (в среднем 1,5 месяца). При выявлении у пациентов грубой патологии со стороны сердечно-сосудистой системы выполняется ангиография. По результатам проведенного исследования троим пациентам с морбидным ожирением было выполнено коронарное стентирование. Минигастрошунтирование проводилось через 3 месяца после стентирования. В описанной группе осложнения со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы (инфаркты, инсульты, ТЭЛА, внезапная остановка сердечной деятельности, срыв сердечного ритма) в послеоперационном периоде зафиксированы не были. В тоже время количество хирургических осложнений, таких как кровотечение и несостоятельность линии степлерного шва оставалась на уровне до применения вышеизложенного алгоритма и составляла 2,1% (в общей группе пациентов, перенесших все бариатрические операции 2,3%). Летальность в группе пациентов, в которой применялся алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, составила 0%. Следует отметить, что применение интраоперационного ТАП-блока позволило отказаться от применения наркотических анальгетиков у всех пациентов. При опросе о силе боли 64% респондентов отмечали уровень боли не более 5 из 10, а 10% - отказывались от инъекций обезболивающих препаратов в первый 6 часов после операции

Выводы:

1. В настоящее время бариатрическая хирургия является достаточно безопасным методом эффективной длительной нормализации веса у пациентов с морбидным ожирением
2. Безопасное выполнение бариатрической операции зависит от слаженной работы команды анестезиолога и хирурга.
3. Длительность подготовки пациента к операции не может быть лимитирующим фактором для лиц, страдающих морбидным ожирением.
4. Применение изложенного в работе алгоритма подготовки пациентов позволяет минимизировать риски выполнения оперативного вмешательства.